**Mẫu số 03B-HSB**

|  |  |
| --- | --- |
| BẢO HIỂM XÃ HỘI ........ **BẢO HIỂM XÃ HỘI ............ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ............. /QĐ-BHXH | ...., *ngày ... tháng ... năm ...* |

**Mã số BHXH ……………...........**

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc hưởng trợ cấp tai nạn lao động một lần**

**GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH, THÀNH PHỐ .................**

*Căn cứ Luật An toàn, vệ sinh lao động số 84/2015/QH13 (1);*

*Căn cứ Quyết định số .../QĐ-TCCB ngày ... tháng ... năm ... của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc thành lập Bảo hiểm xã hội ... ;*

*Căn cứ Biên bản giám định khả năng lao động số: ... ngày ... tháng ... năm ... của Hội đồng giám định y khoa ... ...;*

*Theo đề nghị tại công văn số: ... ngày ... tháng ... năm ... của ...*

**QUYẾT ĐỊNH**

**Điều 1:** Ông/Bà: ........................................... Sinh ngày .… tháng … năm ...............

Tên đơn vị sử dụng lao động: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Bị tai nạn lao động ngày . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tổng thời gian đóng bảo hiểm vào quỹ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp bắt buộc đến ngày.../tháng....../năm.... là.....năm.....tháng.

Mức tiền lương làm căn cứ tính trợ cấp tai nạn lao động: . . . . . . . . . . . . . .đồng

Tỷ lệ suy giảm khả năng lao động: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .%

Được hưởng trợ cấp tai nạn lao động một lần.

**Điều 2:** Mức hưởng trợ cấp như sau:

a. Mức trợ cấp tính theo tỷ lệ suy giảm khả năng lao động: . . . . . . . . . . . . . . đồng

b. Mức trợ cấp tính theo thời gian đóng BHXH: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . đồng

Tổng số tiền trợ cấp 1 lần (a+b): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . đồng

*(Số tiền bằng chữ: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ........ . .)*

c. Mức phí giám định y khoa được hưởng: …. đồng

d. Hình thức nhận trợ cấp (2): ...........................................................................................

**Điều 3:** Các ông, bà Trưởng phòng Chế độ BHXH, Giám đốc BHXH huyện (3) . . . . . . . . . . . . . . . . . và ông/bà có tên trên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** *-* Ông/Bà..............................; - Đơn vị SDLĐ; - Lưu hồ sơ. | **GIÁM ĐỐC** *(ký, đóng dấu)* |

***Ghi chú****:*

- (1) Đối với trường hợp hưởng trước ngày 01/7/2016 thì thay bằng Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13

- (2) Trường hợp nhận bằng tiền mặt thì ghi: “Bằng tiền mặt tại BHXH quận/huyện ... (thể hiện tên cơ quan BHXH thực hiện chi trả); Địa chỉ: ....(thể hiện địa chỉ của cơ quan BHXH thực hiện chi trả”, nếu nhận qua tài khoản thì ghi “Thông qua tài khoản số ..., chủ tài khoản ..., tên ngân hàng mở tài khoản ...”

- (3) Nếu BHXH huyện giải quyết thì thay cụm từ “Trưởng phòng Chế độ BHXH, Giám đốc BHXH huyện” bằng “Kế toán trưởng”